

# Qualitätssicherungsverfahren der Gesetzlichen Krankenkassen

Patientenbogen Neurologie (Nachbefragung)  
Fragebogen – Gesundheit in Beruf und Alltagsleben



001

PO

Version: Indikatoren des Reha-Status Kurzversion  
(IRES-24)  
Stand: 01.04.2021 QS-Reha Zyklus 4.0

Support-ID

2000 Neurologie

Liebe Patientin, lieber Patient,

auf den folgenden Seiten finden Sie eine Reihe von Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihrem Befinden. Die Beantwortung dieser Fragen soll Erkenntnisse dazu bringen, ob die Maßnahme erfolgreich war.

In diesem Fragebogen geht es um Themen, die für Ihre Gesundheit wichtig sein können. Wir möchten Sie deshalb bitten, jede Frage zu beantworten. Wenn Sie sich bei einer Frage unsicher sind, wählen Sie bitte die Antwort, die Ihrer Meinung nach am besten auf Sie zutrifft.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

## Wie kreuze ich richtig an?

- Die meisten Fragen des Fragebogens lassen sich beantworten, indem Sie die vorgegebenen Kästchen ankreuzen.
- Bitte pro Zeile nur ein Kreuz in die vorgesehenen Kästchen machen!
- Anmerkungen zu den Fragen können auf der letzten Seite des Fragebogens notiert werden.

Bitte Felder sauber und  
kräftig markieren!

Falsch angekreuztes Feld komplett schwärzen  
und gewünschtes Feld ankreuzen.



richtig



falsch



**1. Wie häufig haben Sie in der letzten Zeit unter Schmerzen gelitten?**

So gut wie nie	Selten	Manchmal	Ziemlich oft	Meistens	Immer
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**2. Wie stark waren diese Schmerzen?**

Ich hatte keine Schmerzen	Sehr leicht	Leicht	Mäßig	Stark	Sehr stark
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**3. Wie stark fühlten Sie sich durch diese Schmerzen im täglichen Leben beeinträchtigt?**

<input type="checkbox"/> Nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Wenig beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Etwas beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Ziemlich beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Stark beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> Sehr stark beeinträchtigt

**4. Bitte kreuzen Sie an, wie stark Sie in den letzten 4 Wochen unter Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen gelitten haben.**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

Ich hatte Kurzatmigkeit oder Herzschmerzen ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Treppensteigen über drei Stockwerke.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... bei starker körperlicher Anstrengung über einen längeren Zeitraum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Wie stark haben Sie in den letzten 4 Wochen unter Muskel- oder Gelenkschmerzen gelitten?**

*Bitte in jede Zeile ein Kreuz.*

Ich hatte Muskel- oder Gelenkschmerzen ...	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
... beim Aufstehen nach längerem Sitzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Bücken, Strecken und längeren Stehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... beim Heben und Tragen von schweren Gegenständen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**6. Wie oft hatten Sie in den letzten 4 Wochen das Gefühl ...**

Bitte in jede Zeile ein Kreuz.

	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
..., dass Sie sich zu nichts entschließen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass Ihnen nichts mehr Spaß macht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
..., dass nichts so läuft, wie Sie es eigentlich wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... völlig erschöpft zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... lustloser als früher zu sein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... wie eine Batterie zu sein, die allmählich verbraucht ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich war innerlich gespannt und habe mich nervös gefühlt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte das Gefühl, dass es mir schwerfällt, mich zu beruhigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maße Sie in den letzten 4 Wochen Schwierigkeiten hatten, folgendes zu tun:**

Bitte in jede Zeile ein Kreuz.

	Unmöglich	Große Schwierigkeiten	Mäßige Schwierigkeiten	Geringe Schwierigkeiten	Ohne Schwierigkeiten
Körperlich schwere Arbeiten verrichten (z.B. schwere Gegenstände heben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich strecken, um ein Buch von einem hohen Regal zu holen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen Gegenstand vom Boden aufheben oder Schuhe zubinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einen schweren Gegenstand über 5 Meter tragen (z. B. Mineralwasserkasten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine halbe Stunde körperlich arbeiten (wie z.B. Staub saugen, Rasen mähen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportarten betreiben, bei denen man richtig ins Schwitzen kommt (z.B. Joggen, Skilaufen, Bergwandern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30 Minuten lang ohne Unterbrechung stehen (z. B. in einer Warteschlange)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Treppe über drei Etagen hinaufgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**8. Wie stark leiden Sie unter folgenden Beeinträchtigungen?**

	Stark	Ziemlich	Mäßig	Ein wenig	Gar nicht
Probleme beim Schlucken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehstörungen (z. B. Gesichtsfeldeinschränkungen, Doppelbilder)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Sprechen (z. B. Aussprache, Wortfindungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weinen (z. B. Sie weinen schneller als sonst/ Wenn Sie etwas tun, weinen Sie leicht.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lähmungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Missempfindungen (z. B. Taubheit, Überempfindlichkeit, Kribbeln der Haut)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merkstörung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikationsstörungen (z. B. Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme, Gesprächsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leichte Ermüdbarkeit / geringes Durchhaltevermögen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Im Folgenden möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten

### 9. An wie vielen Tagen waren Sie in den letzten 4 Wochen so krank, dass Sie das Bett hüten mussten?

An keinem Tag                      oder                      An ca.     Tagen

### 10. Sind Sie erwerbstätig?

Als erwerbstätig gilt auch, wer einer Nebentätigkeit nachgeht, zurzeit arbeitsunfähig oder krankgeschrieben ist.

Nein                       Ja

### 11. Wer hat diesen Fragebogen ausgefüllt?

Ich selbst

Ein Verwandter

Medizinisches Personal (z.B. Schwester, Pfleger, Arzt)

Jemand anderes, nämlich:

### 12. In welchem Bundesland wohnen Sie?

Baden-Württemberg

Bayern

Berlin

Brandenburg

Bremen

Hamburg

Hessen

Mecklenburg-Vorpommern

Niedersachsen

Nordrhein-Westfalen

Rheinland-Pfalz

Saarland

Sachsen

Sachsen-Anhalt

Schleswig-Holstein

Thüringen



**Wir möchten Sie nun abschließend bitten, anhand der folgenden Fragen zu beurteilen, wie zufrieden Sie rückblickend mit Ihrem Aufenthalt in der Reha-Klinik waren.**

### 13. Klinik

Wie beurteilen Sie ...	Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
... alles in allem betrachtet die Unterbringung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Leistungen der Klinikverwaltung? (z.B. Empfang, Post, Kasse, Reinigungsdienst, Service)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Essen / die Ernährung in der Klinik?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Organisation der Abläufe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 14. Betreuung durch die Pflegekräfte (Schwestern / Pfleger)

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig pflegerische Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von den Pflegekräften fühlte ich mich fachlich sehr gut betreut und beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte wechselten zu häufig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflegekräfte hatten zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 15. Ärztliche Betreuung während der Rehabilitation

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich habe zu wenig ärztliche Betreuung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt hat mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt hat die für mich richtigen Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärztin / der Arzt nahm sich zu wenig Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**16. Psychologische Betreuung:  
 Von Entspannungstherapien abgesehen – sind Sie von einer Psychologin / einem Psychologen  
 betreut worden?**

Nein → Bitte weiter mit Frage 17

Ja  
 ↓

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Trifft teils zu, teils nicht zu	Trifft eher zu	Trifft voll und ganz zu
Ich erhielt zu wenig psychologische Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Psychologin / der Psychologe war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhielt die für mich richtige psychologische Betreuung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**17. Freizeitmöglichkeiten**

Wie beurteilen Sie die Freizeitmöglichkeiten ...	Sehr schlecht	Schlecht	Weder schlecht noch gut	Gut	Sehr gut
... innerhalb des Hauses (z. B. Spiele, Sport, Geselligkeit)? Ich beurteile sie als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... außerhalb des Hauses (z. B. Ausflüge, Spaziergänge, Veranstaltungen)? Ich beurteile sie als ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



### 18. Schulungen, Vorträge und Beratungen

An welchen der folgenden Schulungen, Vorträge und Beratungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z. B. an einer Lehrküche teilgenommen haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „Teilgenommen“ „Ja“ an. Waren die Schulungen sehr schlecht, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz linke Kästchen an; waren die Schulungen sehr gut, kreuzen Sie das ganz rechte Kästchen an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z. B. an keiner Lehrküche teilgenommen, kreuzen Sie unter der Rubrik „Teilgenommen“ „Nein“ an.)

	Teilgenommen?		Falls „ja“: Urteil				
			Sehr schlecht				Sehr gut
Gesundheitsprogramm (z. B. Vorträge)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lehrküche	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schulungen (wie z.B. Rückenschule, Diabetikerschulung, Blutdruckmessung, Nichtrauchertraining, Stressbewältigung, Schmerzbewältigung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozial- und Berufsberatung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 19. Behandlungen

An welchen der folgenden Behandlungen haben Sie in der Klinik teilgenommen und wie beurteilen Sie diese?

(Bitte beantworten Sie alle Fragen. Wenn Sie z. B. Massagen erhalten haben, kreuzen Sie zunächst bitte unter der Rubrik „Teilgenommen“ „Ja“ an. War die Behandlung sehr schlecht, kreuzen Sie unter der Rubrik „Urteil“ das ganz linke Kästchen an; war die Behandlung sehr gut, kreuzen Sie das ganz rechte Kästchen an. Sonst wählen Sie bitte ein entsprechendes Kästchen dazwischen. Haben Sie z. B. keine Massagen erhalten, kreuzen Sie unter der Rubrik „Teilgenommen“ „Nein“ an.)

	Teilgenommen?		Falls „ja“: Urteil				
			Sehr schlecht				Sehr gut
Krankengymnastik / Physiotherapie einzeln	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krankengymnastik / Physiotherapie in der Gruppe	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport- und Bewegungstherapie (z.B. Konditionstraining)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschäftigungs-, Gestaltungs-, Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physikalische Anwendungen (z.B. UV-Therapie, Bestrahlung, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Massagen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entspannungstherapien (z.B. Muskelentspannung, autogenes Training)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärztliche Behandlungen (z.B. Chirotherapie, Injektionen, Verbände)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitstherapie / Belastungserprobung	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>





**20. Ereignisse während der Rehabilitation**

Hat Ihr Arzt oder Therapeut Ihnen erklärt, wofür die einzelnen Therapien gut waren?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, alle Therapien wurden erklärt        | <input type="checkbox"/> Ja, aber nur einige Therapien wurden erklärt |
| <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte | <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte keine Erklärung  |

Hat Ihr behandelnder Arzt oder Therapeut zu Beginn der Behandlung Ihren Therapieplan mit Ihnen besprochen?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, ausführlich                          | <input type="checkbox"/> Ja, aber eher oberflächlich           |
| <input type="checkbox"/> Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte | <input type="checkbox"/> Nein, ich wollte / brauchte das nicht |

Hat Ihr Arzt gefragt, welche Erwartungen Sie an die Rehabilitation hatten?

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input checked="" type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|--|

Hat Ihr Arzt Ziele der Rehabilitation mit Ihnen vereinbart?

- |                               |                             |
|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
|-------------------------------|-----------------------------|

Haben Sie alles verstanden was der Arzt Ihnen erklärt hat?

- |                                    |   |  |
|------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ja, immer | <input type="checkbox"/> Ja, meistens   | <input type="checkbox"/> Ja, manchmal                          |
| <input type="checkbox"/> Nein      | <input type="checkbox"/> Mein Arzt hat mir nichts erklärt, obwohl ich mir das gewünscht hätte | <input type="checkbox"/> Ich wollte / brauchte keine Erklärung |

Wie häufig kam es vor, dass bei einer bestimmten Einzeltherapie Ihr jeweiliger Therapeut wechselte?  
(z.B. Krankengymnastik oder Ergotherapie)

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Ich hatte immer andere Therapeuten | <input type="checkbox"/> Ich hatte meistens andere Therapeuten | <input type="checkbox"/> Ich hatte manchmal andere Therapeuten |
| <input type="checkbox"/> Ich hatte immer die gleichen Therapeuten      | <input type="checkbox"/> Ich hatte keine Einzeltherapie        |  |

Haben Sie alles verstanden, was Ihr jeweiliger Therapeut Ihnen bezüglich Ihrer Behandlung erklärt hat?

- |                                    |   |   |
|------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ja, immer | <input type="checkbox"/> Ja, meistens             | <input type="checkbox"/> Ja, manchmal                             |
| <input type="checkbox"/> Nein      | <input type="checkbox"/> Mir wurde nichts erklärt | <input type="checkbox"/> Ich wollte das gar nicht so genau wissen |



Wenn Sie Fragen an die Pflegekräfte hatten, konnten Sie jemanden erreichen, der Ihnen geantwortet hat?

- Ja, immer                       Ja, meistens                       Ja, manchmal  
 Nein                                       Ich hatte keine Fragen

Kam es manchmal zu zeitlichen Überschneidungen zwischen einzelnen Therapien, Untersuchungen, Visiten oder Vorträgen?

- Ja, immer                                       Ja, meistens  
 Ja, manchmal                                       Nein

Hat Ihr Arzt ein Abschlussgespräch mit Ihnen geführt?

- Nein     Ja

Wissen Sie, was Sie nach der Rehabilitation aufgrund Ihrer Erkrankung tun dürfen und was Sie nicht tun dürfen?

- Ja, vollkommen                                       Ja, einigermaßen  
 Nein

Haben Sie Therapieanleitungen für Zuhause erhalten?  
(z.B. *gymnastische Übungen, Ernährungstipps, Trainingsmaßnahmen*)

- Ja     Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte  
 Nein, ich wollte / brauchte das nicht

Haben Sie Informationen über weiterführende Behandlungsmöglichkeiten erhalten?

- Ja     Nein, obwohl ich mir das gewünscht hätte  
 Nein, ich wollte / brauchte keine Informationen darüber

**21. Wie bewerten Sie die Rehabilitationsmaßnahme insgesamt?**

Wenn Sie diese als **sehr schlecht** einstufen, dann kreuzen Sie bitte bei „0“ an, wenn Sie diese als **ausgezeichnet** einstufen, dann kreuzen Sie bei „10“ an; sonst entsprechend dazwischen.

Sehr schlecht	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Ausgezeichnet
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**22. War die Einrichtung, in der Sie behandelt wurden, Ihre Wunscheinrichtung?**

- Nein                       Ja



**23. Wie fanden Sie das Ausfüllen des Fragebogens?**

Anregend, aufschlussreich

Ziemlich langweilig

Eher lästig

Richtig unangenehm

**24. Wie lange haben Sie ungefähr zum Ausfüllen des Fragebogens gebraucht?**

Etwa  Minuten

**25. Wenn Sie Bemerkungen, Anregungen und Hinweise zum Inhalt des Fragebogens haben, können Sie sie an dieser Stelle notieren:**

---

---

---

---

**Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!**

Bitte gehen Sie den Fragebogen noch einmal durch und überprüfen Sie Ihre Angaben auf Vollständigkeit.

